

K é r e l e m
GYÓGYSZER TÁMOGATÁS
megállapítására

I. SZEMÉLYI ADATOK

Megnevezés	kérelmező	háztárs (élettárs)
Neve (születési név is)		
Anyja neve		
Születési hely, év, hó, nap		
Családi állapota		
Lakóhelye		
Tartózkodási helye		
TAJ száma		
Telefonszáma		
Bankszámlaszáma(ja a folyósítást bankszámlára kéri)		

II. A KÉRELMEZŐVEL KÖZÖS HÁZTARTÁSBAN ÉLŐ SZEMÉLYEK ADATAI

	Név	Születési év, hó, nap	Családi kapcsolat	Foglalkozás
1.				
2.				
3.				
4.				

III.A TÁMOGATÁS JOGOSULTSÁGI FELTÉTELEIRE VONATKOZÓ ADATOK

A kérelemhez mellékelem (aláhúzással kell jelölni) :

- A házi orvos igazolását a rendszeres legalább 6 hónap időtartamban szedett gyógyszerekről
- A gyógyszerek térítési díjáról szóló Gyógyszertári bizonylatot

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy alanyi vagy normatív közgyógyellátási jogosultsággal

nem rendelkezem

rendelkezem

(aláhúzással kell jelölni)

Tudomásul veszem, hogy

- a szociális hatáskört gyakorló szerv ellenőrizheti a közölt jövedelmi adatok valóságát,
- valótlan tartalmú nyilatkozat, vagy igazolás esetén a kérelem elutasítható, a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybevett támogatást pedig vissza kell fizetni,
- köteles vagyok a feltüntetett adatokban bekövetkezett változást 15 napon belül bejelenteni az eljáró hatóságnak.

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Kijelentem, hogy a kérelemhez mellékelte **Adatkezelési tájékoztatóban** foglaltakat elolvastam és azokat tudomásul vettem.

_____, 20 ____ év _____ hó _____ nap

kérelmező aláírása